Revision 04/08/2025

ITEM 253 : OBÉSITÉ

Obésité = **surcharge pondérale par excès de tissu adipeux** (masse grasse) : 17 % des adultes (17,4 % femme et 16,7 % hommes), 3,5 % des enfants (dont 18 % surpoids).
- Maladie chronique évolutive.
- Prévalence obésité massive 2 %.
- Incidence en augmentation, sex ratio = 1, touche surtout les régions du Nord et de l'Est en France.

➜ Masse grasse normale : **10 à 15%** du poids corporel chez l'homme, **20 à 25%** chez la femme.

DIAGNOSTIC	**IMC**	- **Surpoids** : IMC ≥ 25. - **Obésité modérée (grade 1)** : IMC ≥ 30. - **Obésité sévère (grade 2)** : IMC ≥ 35. - **Obésité massive (grade 3)** : IMC ≥ 40.
	FdR	- Age. - Atcds familiaux ou personnel d'obésité. - Rebond d'adiposité précoce < 6 ans. - Niveau socio-économique défavorisé. - Manque d'activité physique, sédentarité. - Manque de sommeil ou troubles du sommeil. - Consommations excessives de produits sucrés. - Facteurs psychopathologiques. - Négligences ou abus physiques ou sexuels dans l'enfance/adolescence. - Arrêt du tabac sans mesures adaptées. - Ménopause. - TCA (impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, hyperphagie boulimique). - Troubles anxio-dépressifs. - Facteurs professionnels (stress, travail posté).
	Tour de taille	= Mesuré au mètre-ruban, à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'EIAS sur la ligne médio-axillaire. - Corrélé à la quantité de **graisse intra-abdominale** (viscérale), de peu d'intérêt si IMC > 35. - Seuil (risque métabolique et cardiovasculaire) : . Niveau 1 : ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme. . Niveau 2 : ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme.
	Obésité androïde	= Distribution sur la partie haute du corps : surtout homme et femme ménopausée. - **Rapport tour de taille (TT)/tour de hanche (TH) > 0,8** chez la femme ou **> 0,95** chez l'homme. - Tour de taille ≥ 80 cm chez la femme ou ≥ 94 cm chez l'homme. ➜ Associé principalement aux **complications métaboliques** et **cardiovasculaires.**
	Obésité gynoïde	= Distribution sur la partie basse du corps : surtout femme non ménopausée. - **Rapport TT/TH** < 0,8 chez la femme ou < 0,95 chez l'homme. ➜ Associée principalement aux **complications mécaniques.**
	Autres	**Obésité sarcopénique** : défaut de masse musculaire (sujet âgé > 65 ans). **Obésité métaboliquement saine** : pas de surrisque métabolique (20%).
EVALUATION	Contexte	- **Histoire pondérale** : âge de début de la prise excessive de poids, poids minimal/maximal, variations pondérales récentes, régimes trop restrictifs ou déséquilibrés (effet « yoyo »). - **Circonstances** : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause), choc émotionnel (deuil, séparation), changement d'environnement familial ou professionnel, sevrage tabagique, arrêt du sport, médicaments (antidépresseur tricyclique, neuroleptique, antimigraineux, lithium, corticoïdes, insuline, oestroprogestatifs, antiallergiques), situation sociale précaire. - ATCD familiaux de maladies CV.
	Comportement alimentaire	- **Hyperphagie prandiale** : **arrêt des repas au-delà du rassasiement** (sensation de tension ou douleur de l'estomac, impossibilité de laisser des aliments dans son assiette). - **Tachyphagie** : durée moyenne des repas raccourcie, vitesse d'ingestion auto-évaluée (EVA ≥ 7). - **Prise extra-prandiale** : • **Grignotage** : consommation de petites quantités pour le plaisir. • **Compulsion** (***craving***) : envie irrépressible de manger sans perte de contrôle. • **Accès boulimique** (***binge eating***) : envie irrépressible avec perte de contrôle. • **Hyperphagie boulimique.** • **Boulimie** : accès boulimique avec conduites purgatives (vomissements, laxatifs, diurétiques…) - **Restriction cognitive** : limitation volontaire des apports alimentaires dans un but de contrôle du poids, prise paradoxale de poids sur le long terme.

Revision 04/08/2025

	Consommation alimentaire	- Circonstance des prises alimentaires : seul ou accompagné… - Répartition et rythme des prises alimentaires (nombre de repas et horaires). - Volume ingéré lors du plat principal. - Profil de consommation : • **Forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée** (graisses cachées, fromage, viande grasse, fritures, biscuits…) • **Forte consommation de matières grasses ajoutées.** • **Forte consommation de sucres simples** (sucre, miel, confiture, soda) ou **pain.** • Boissons consommées : sucrées, « excitantes » : café/thé/énergisantes. - **Carnet alimentaire** si besoin (semainier).
	Autres	- Niveau d'**activité physique** et de **sédentarité.** - **Évaluation psychologique** : stress, anxiété, humeur dépressive, estime de soi, images du corps. - Évaluation de la **situation sociale**, familiale, professionnelle, éducative et financière. - **Motivation.** - Recherche de causes d'obésité secondaire (rare) et des complications.
EVALUATION	Bilan minimal	= Systématique : **glycémie à jeun, bilan lipidique, uricémie, GGT, transaminases, NFS, ionogramme, créatinine, ECG de repos.**
	Selon le contexte	- Complications : **ECG d'effort, ETT, polygraphie nocturne** (si IMC ≥ 35), **EFR** (si IMC ≥ 30 et dyspnée de repos, si IMC ≥ 35 et SAHOS, si IMC ≥ 40)**, GDS** (si IMC ≥ 35 ou si si IMC ≥ 30 et Sat02 < 94 %)**, échographie abdominale ou biomarqueurs de stéatose, Rx articulations douloureuses, albuminurie.** - Etiologie : **TSH, CLU/24h, freinage minute à la dexaméthasone, IRM hypophysaire, génétique**…
OBESITE SECONDAIRE	Cause endocrinienne	- **Hypothyroïdie** : prise de poids généralement modérée. - **Hypercortisolisme** : obésité facio-tronculaire, amyotrophie, vergetures pourpres. ➜ Des vergetures rosées sont fréquentes chez les patients ayant des variations de poids rapides. - **Obésité hypothalamique** : impulsivité alimentaire, diminution de la dépense énergétique de repos liée à l'activité physique, d'autres symptômes (syndrome hypothalamique : sommeil, température). **Tumeur hypophysaire** : syndrome tumoral, insuffisance antéhypophysaire, hypersécrétion…
	Cause syndromique	= Obésité précoce, syndrome malformatif, dysmorphie, petite taille, déficience intellectuelle. - **Syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl, syndrome de Laurence-Moon.**
	Cause monogénique	= Obésité précoce et sévère, transmission autosomique récessive ou dominante, histoire familiale. - **Déficit en leptine, déficit en MC4R**…
	Iatrogène	**- Psychotrope : lithium, antidépresseur tricyclique, neuroleptique atypique.** **- Corticoïdes.** **- Oestroprogestatifs.** **- Androgènes.** **- Insuline, sulfamide, glinide.**
COMPLICATIONS	Métabolique	**- Diabète de type 2.** **- Syndrome métabolique** : **dyslipidémie** (surtout de type IV ou IIb), **hyperuricémie.**
	Cardio-vasculaire	**- HTA.** - Maladie cardiovasculaire **: insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, AVC.** **- Insuffisance cardiaque gauche/droite** (HTA, insuffisance coronarienne, cœur pulmonaire chronique). **- Maladie thrombo-embolique veineuse** : TVP, EP.
	Respiratoire	**- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).** **- Insuffisance respiratoire restrictive.** **- Syndrome d'hypoventilation alvéolaire.** **- Asthme.**
	Opératoire	**- Morbi-mortalité per- et post-opératoire plus élevée.** **- Complications du décubitus** plus fréquentes.
	Digestive	**- Reflux gastro-œsophagien.** **- Lithiase biliaire.** **- Stéatose hépatique métabolique,** pouvant évoluer vers la **stéato-hépatite non alcoolique** (15-20 %), la **cirrhose** (1- 2 %), plus rarement un **carcinome hépatocellulaire.**
	Rénale	**- Glomérulopathie** avec **protéinurie, hyalinose segmentaire et focale** pouvant évoluer vers **l'IRC.**
	Ostéo-articulaire	**- Gonarthrose fémoro-tibiale** et **fémoro-patellaire.** **- Arthrose digitale.** **- Coxarthrose.** **- Lombalgies communes.** **- Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale.**
	Cutanée	**- Intertrigos mycosiques** (plis sous-mammaires, inguinaux…) **- Lymphœdème.** **- Insuffisance veineuse.** **- +/- aggravées par une infection (érysipèle).**
	Gynécologique	**- Incontinence urinaire d'effort.** **- Trouble de la fertilité.** - Risque de **fausse couche** plus élevée. - Morbi-mortalité lors de la grossesse plus élevée **: diabète gestationnel, HTA gravidique…**
	Neuro	**- Hypertension intra-crânienne idiopathique** ou **bénigne.**
	Cancer	- ↗ Incidence et mortalité : **cancer du sein, de l'endomètre, colorectal, du rein, du pancréas, de**

		l'œsophage et **de la vésicule biliaire, prostate.**	
	Psycho-sociale	**- Dépression.** **- Discrimination sociale.** **- Diminution de la qualité de vie.**	
TTT	Objectif	= Réduction et maintien au long terme d'une perte de poids pour améliorer la qualité de vie. - Objectif = **perte de 5 à 15 % du poids maximal sur une durée de 6 à 12 mois,** progressive et durable. → Amélioration significative des complications pour une perte de poids de 5-10 %.	
	Modification thérapeutique du mode de vie	**Conseil alimentaire**	- Pas de prescription diététique standard. - Réduction relative des apports énergétiques totaux (sans descendre en-dessous de la DER, max – 500 kcal/j) → régime hypocalorique ↘ de **30 %** maximum, toujours **> 1200 kcal/j.** - Supprimer les aliments à forte densité énergétique et favoriser ceux à faible densité énergétique. - Sans interdit alimentaire, respectant le rythme alimentaire et d'un équilibre alimentaire (propositions du PNNS). - Pas de régime restrictif. - Respect des signaux de faim et de rassasiement. - Insister sur l'allongement des temps de mastication et ingestion (20 minutes/repas). → Un régime trop restrictif et déséquilibré est à risque d'abandon et dénutrition.
		Activité physique	= Maintien de la perte de poids après amaigrissement, préservation de la masse maigre, prévention des complications métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires. - Perte de poids modeste (1-2 kg). - Pratique régulière, adapté au patient, mise en place progressivement. - Objectif minimal : 150 min/semaine **d'activité d'intensité modérée.** - Objectif idéal : **1 h/jour d'activité physique d'intensité modérée > 5 fois/semaine.**
	Prise en charge psychologique	**- Thérapie cognitivo-comportementale** **- Travail motivationnel** **- Gestion des troubles du comportement alimentaire** par la gestion des émotions et du stress **- Renforcement de l'estime de soi et de l'image du corps**	
	Traitement médicale	**Orlistat** Xenical®	= **Inhibiteur des lipases intestinales** (↘ absorption de graisses de 30%) : non remboursé, non recommandé par la HAS. - Indication : IMC ≥ 30, voire IMC ≥ 27 si FdRCV. - Efficacité seulement démontrée sur le court terme (15% de perte de poids). - Effets secondaires : **stéatorrhée, interactions médicamenteuses.**
		- **Traitement psychotrope** adapté (TCA, dépression, anxiété…) : **antidépresseur, anxiolytique.** - Traitement des complications : **antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétiques oraux, analogue du GLP-1, insuline**… - Traitement formes spécifiques génétiques : agonistes du récepteur MC4R (setmélanotide).	
	Recours au médecin spécialiste	- Obésité sévère ou massive. - Obésité résistance aux modifications thérapeutiques du mode de vie. - Obésité syndromique. - Prise de poids rapide en lien avec une hyperphagie boulimique.	
	CHIRURGIE BARIATRIQUE	= Modification de l'anatomie digestive: - **Restriction gastrique**: anneau gastrique, *sleeve* gastrectomie. ± **Malabsorption intestinale** : *by-pass* gastrique. - Efficacité : perte de poids attendue = **40 à 75% de l'excès de poids** (par rapport au poids idéal permettant d'atteindre un IMC à 25) sur le long terme soit 20 à 35 % du poids (20-25 % sleeve, 30-35 % bypass). → Au sein d'une équipe spécialisée, décision à l'issue d'une RCP.	
		Indication	- Chez un sujet âgé de 18 à 60 ans. - **IMC ≥ 40** ou **IMC ≥ 35 avec ≥ 1 comorbidité susceptible d'être améliorée.** - Après échec de traitement nutritionnel bien conduit pendant **6 à 12 mois.** - En l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids. - Diabète de type 2 mal équilibré, malgré un traitement optimal, avec IMC ≥ 30 kg/m² = **chirurgie métabolique.** - Après information, évaluation préopératoire et ayant accepté le suivi à vie.
		Contre-indication	- **Trouble psychiatrique** non stabilisé. - **Alcoolisme, toxicomanie, troubles de l'usage de substances.** - **Troubles du comportement alimentaire graves.** - **Impossibilité de suivi médical.** - **Risque anesthésique majeur.** - **Comorbidité** menaçant le pronostic vital.
		Anneau gastrique	= Anneau en silicone placé autour de la partie supérieure de l'estomac, relié à un boitier sous-cutané permettant de modifier son diamètre, réversible. - Risque : **glissement** de l'anneau, **dilatation de la poche** (voire **de l'œsophage**), **vomissements** et **intolérance alimentaire** si trop serré**, carence en vitamine B1** si vomissements prolongés.
		Gastrectomie longitudinale (sleeve)	= Extraction des 2/3 de l'estomac. - Risque : **ulcération, sténose, fistule, RGO, carence en vitamine B12.** - **Supplémentation** systématique par vitamine B12 IM tous les 3 mois.
		By-pass	= Création d'une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le

		gastrique	jéjunum par une anse intestinale montée en Y. - Risque : **ulcération, sténose, fistule, Dumping syndrome, carences : vitamine B12, fer, calcium (ostéoporose et fractures), folates, vitamine B1 si vomissements prolongés.** - **Supplémentation à vie** en micronutriments et vitamines B9 et B12.